

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 381

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

JEAN-ROBERT CAUTRU

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 25 Février 1904

Etude de quelques points
CONCERNANT LA GROSSESSE
DANS UNE
corne utérine rudimentaire

Nouvelle observation venant à l'appui de la thèse
de la supermigration externe

Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie} ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

ÉTUDE DE QUELQUES POINTS
CONCERNANT LA GROSSESSE
DANS UNE
CORNE UTÉRINE RUDIMENTAIRE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1928

THÈSE

N° —

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

JEAN-ROBERT CAUTRU

Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 25 Février 1904

Etude de quelques points
CONCERNANT LA GROSSESSE

DANS UNE
corne utérine rudimentaire

Nouvelle observation venant à l'appui de la thèse
de la supermigration externe

Président : M. HARTMANN, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie} ÉDITEURS
15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN : M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

Hydrologie, thérapeutique et climatologie.	MM. M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale.....	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.....	SICARD.
Pathologie chirurgicale.....	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.....	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique	TERRIEN.
	LÉGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	L. BERNARD
Professeur sans chaire.....	BRANCA.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI Pathologie médicale.
 ALAJOUANINE Neurologie et psychiatrie.
 AUBERTIN..... Pathologie médicale.
 BASSET..... Pathologie chirurgicale
 BAUDOUIN Pathologie médicale.
 BINET..... Physiologie.
 BLANCHETIÈRE Chimie biologique.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ..... Pathologie médicale.
 CADENAT Pathologie chirurgicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHIRAY..... Pathologie médicale.
 CLERC Pathologie médicale.
 DEBRÉ..... Hygiène.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicaux.
 DUVOIR..... Médecine légale.
 ÉCALLE..... Obstétrique.
 FIESSI-GER... Pathologie médicale.
 GARNIER..... Pathologie expériment.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HEITZ-BOYER. Urologie.
 HOVELACQUE. Anatomie.

MM.

HUTINEL..... Pathologie médicale.
 JOYEUX..... Parasitologie.
 LABBÉ (Henri) Chimie biologique.
 LARDENNOIS . Pathologie chirurgicale.
 LEMAITRE.... Oto-rhino-laryngologie.
 LEVY-SOLAL .. Obstétrique.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 LHERMITTE... Pathologie mentale.
 LIAN Pathologie médicale.
 MATHIEU..... Pathologie chirurgicale.
 METZGER..... Obstétrique.
 MONDOR..... Pathologie chirurgicale.
 MOURE. Pathologie chirurgicale.
 MULON..... Histologie.
 PHILIBERT... Bactériologie.
 QUÉNU..... Pathologie chirurgicale.
 RICHET Fils... Physiologie.
 SÉZARY..... Dermatologie et syphili-
 graphie.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) Pathologie médicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.
 VELTER Ophtalmologie.
 VERNE..... Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET Pharmacologie
 GUÉNIOT Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE... Parasitologie.

MM.

RETTERER.... Histologie.
 TANON..... Pathologie médicale
 ZIMMERN..... Physiologie.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

ALGLAVE..... Clinique chirurgicale.
AUVRAY..... Clinique chirurgicale.
CHEVASSU..... Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.... Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. Clinique médicale.
LE LORIER.... Clinique obstetricale.

MM.

LEREBoullet.. Clinique médicale in-
fantile.
LÉRI Clinique médicale.
MOCQUOT..... Clinique chirurgicale.
PROUST..... Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.....	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.	
FREY		Stomatologie.
CHAILLET-BERT.....		Éducation physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A Monsieur le Professeur HARTMANN

**Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Commandeur de la Légion d'Honneur**



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547905_0057

ÉTUDE

de quelques points concernant la grossesse dans une corne rudimentaire

Nouvelle observation venant à l'appui de la thèse
de la supermigration externe

Une pièce opératoire que nous devons à l'obligeance de M. le Docteur Boppe, chirurgien des hôpitaux, nous a incité :

1° à étudier quelques points concernant la grossesse dans une corne utérine rudimentaire ;

2° et à conclure à la possibilité de la fécondation par supermigration externe.

Les travaux français sur la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire ne sont pas rares.

Cependant, une cause d'erreur subsiste encore sur l'interprétation des faits : Nous voyons fréquemment confondre deux types d'anomalie utérine :

Dans un cas, la corne communique avec la cavité utérine ;

Dans l'autre, le pédicule est physiologiquement imperméable.

A ce propos, nous avons résolu de revenir sur quelques points qui nous semblent intéressants.

- A. — Classification de ces grossesses ;
- B. — Mécanisme de la fécondation ;
- C. — Traitement chirurgical de leur rupture.

A. — CLASSIFICATION DE CES GROSSESSES

1° Le pédicule est perméable ;

2° Il ne l'est pas.

Dans le premier cas, la gravidité d'une corne utérine communicante n'est que le cas particulier d'une grossesse angulaire.

Elle peut avorter.

Présenter des rétentions placentaires.

Surtout quand elle arrive à terme, elle donne lieu à une présentation vicieuse (1).

Au contraire, quand il s'agit d'une corne utérine rudimentaire VRAIE et tel sera désormais le seul sujet de notre travail, la grossesse *ne peut pas* aboutir à un accouchement par les voies naturelles.

Ou bien elle se rompt (cette rupture a lieu au 5^e mois et c'est la plus grave des ruptures de grossesse ectopiques).

Ou bien le fœtus arrive au terme : il ne peut s'en suivre que la rétention d'un kyste foetal avec toutes ses conséquences.

Il nous semble donc que d'importantes considérations

thérapeutiques peuvent être tirées de cette classification. Nous les ferons reposer sur l'anatomie pathologique.

Anatomie pathologique

I. — DÉVELOPPEMENT

Les trompes, l'utérus et le vagin dérivent de l'accollement sur la ligne médiane des portions situées dans le cordon génital, des conduits de Muller. Ce canal est impair et médian. Au-dessus de lui, c'est-à-dire entre les ligaments ronds et le sommet du cordon génital, les conduits de Muller restent distincts de part et d'autre de la ligne médiane.

Chez le fœtus humain, l'utérus est bicorne jusqu'à la fin du 3^e mois (F. Tourneux). Il semble bien que ce soit vers cette date que doit se produire le vice de développement aboutissant à la malformation que nous avons en vue.

La division plus ou moins profonde de l'utérus, la petitesse plus ou moins accusée du corps, résultent de ce fait que la limite entre le vagin et l'utérus a remonté plus ou moins haut dans le cordon génital. Si cette limite atteint le sommet même du cordon, l'utérus sera représenté uniquement par deux cornes qui s'ouvriront par deux orifices distincts dans le vagin : l'utérus sera double.

C'est donc à un stade moins avancé que s'est produite la malformation que nous étudions, puisqu'il s'agit d'une

corne rudimentaire dépourvue de cavité cervicale au sens physiologique du mot.

Signalons, dès maintenant, une anomalie de la portion inférieure de l'uretère qui coexiste fréquemment avec une malformation du canal de Muller :

C'est le croisement anormal de l'appareil génital par l'uretère.

Voici ce qu'écrit Lecène dans son traité de thérapeutique :

« Au point de vue de l'exécution technique de toutes ces opérations, il faut se souvenir que de chaque côté il n'existe qu'une seule artère utérine et que le ligament large est absent, qu'on rencontre souvent une bride plus ou moins épaisse, véritable cloison vésico-rectale qui sépare les deux utérus et peut contenir l'uretère (Jaboulay). Il est en pratique très important de se rappeler que les anomalies urétérales et aussi rénales (Rein unique, rein en fer à cheval, rein en ectopie pelvienne) sont fréquemment associées aux malformations utérines (Rouffart et Delaporte). Toutes les fois qu'une opération abdominale sera faite dans ces cas, il sera très sage de découvrir avant tout l'uretère ou les uretères et de ne faire l'hystérectomie totale surtout qu'avec la plus grande prudence. En lisant les cas publiés, on est frappé par la fréquence des accidents graves (et même mortels) qui ont été dus aux lésions des uretères ».

Ces lignes textuellement citées de Lecène ont trait aux utérus doubles. Il ne semble pas, à première vue, qu'elles visent les mêmes cas que nous ; cependant, on ne voit pas pourquoi une anomalie urétérique ne viendrait pas

troubler l'opération d'une corne rudimentaire puisque elle est fréquente et dangereuse dans l'opération de l'utérus didelphe.

Anatomie macroscopique

Elle présente à étudier :

- 1° La corne ;
- 2° L'utérus ;
- 3° Les annexes.

I. — LA CORNE.

Elle est reliée à l'utérus par un pédicule musculaire qui contient le dérivé du canal de Muller et des vaisseaux. Le diamètre du canal pédiculaire est toujours infime. Dans le cas que nous avons observé, le canal était totalement obstrué. Ce fait rend tout accouchement impossible et nous obligera, pour expliquer la fécondation, à avoir recours à l'hypothèse de la supermigration externe.

Les Vaisseaux. — Dans le pédicule rampent des vaisseaux. Ils sont généralement d'un diamètre considérable et ceci nous explique deux ordres de faits :

1° Quand on aborde chirurgicalement ce pédicule, il est d'autant plus hémorragique que ces artères sont grosses et que le myomètre a subi l'hypertrophie gravidique ;

2° Quelques auteurs les avaient prises en les cathérisant pour des dérivés du conduit de Muller. Il s'agit évidemment d'une erreur.

Embryologiquement, il ne peut exister qu'un seul conduit pédiculaire Mullérien. Il serait d'ailleurs facile de s'en convaincre en faisant l'examen histologique de l'épithélium qui borde la cavité de ces conduits. Nous ne l'avons pas fait parce que nous croyons la question définitivement élucidée depuis le mémoire fondamental de Kussmaul (Wurzburg 1859).

D'autre part, l'examen macroscopique de la branche de section du pédicule nous montre à l'évidence qu'un seul canal possède les caractères suivants :

Il est central ;

Plus large que les autres ;

Tapissé d'un épithélium très spécial.

Sur notre pièce qui a séjourné 8 mois dans le formol, la différence entre ce conduit et les autres qui sont des artères ne laisse place à aucun doute.

Nous empruntons à Guillaume (Thèse de Paris, 1911) le chapitre de description de ces vaisseaux.

« ...Visibles à l'œil nu et béants sur la tranche du pédicule ont donné lieu dans quelques cas à des difficultés opératoires sérieuses... Il est vraisemblable qu'ils établissent une communication entre la circulation de la corne et celle de l'utérus ou tout au moins entre la circulation du col et celle de la corne».

Toujours est-il que l'anatomie de ces vaisseaux est mal connue et que leur ligature est difficile.

Dans le cas du Docteur Boppe, il fallut pour assurer l'hémostase utiliser une mèche au contact de la suture. Léopold dut se résoudre à une hystérectomie pour raison d'hémostase.

II. — L'UTÉRUS.

Il est évidemment asymétrique et c'est pourquoi vers 1900 les auteurs n'hésitaient pas à en conseiller le sacrifice. Leurs arguments étaient que l'hystérectomie facilite la résection de la corne, que cet utérus étant mal formé devait être impropre à la grossesse, que cette grossesse était susceptible de complications, les moindres étant la présentation vicieuse et la rétention placentaire. Nous avons été frappés par la sévérité de l'opinion soutenue par les partisans de l'opération mutilante. Des femmes ont présenté des grossesses antérieures et des grossesses postérieures aux accidents dûs à la corne rudimentaire.

Une seule observation d'Alban Doran suffirait à nous convaincre de l'énorme supériorité de l'opération conservatrice. C'est l'idée directrice de notre travail et nous verrons plus loin les modalités de sa mise à exécution.

III. — ANNEXES.

Nous serons brefs sur leur description.

A la pointe externe de la corne s'insère une trompe presque toujours normale. L'ostium abdominale est toujours perméable quand la corne est gravide. Puisque nous avons supposé que le pédicule était physiologiquement imperméable, la migration de l'œuf à travers la trompe exige l'intégrité de celle-ci.

Le ligament rond passe en avant du pédicule.

Le ligament large qui contient la partie juxta-utérine du pédicule est bas et aplati.

Le ligament utéro-vésical qui contient l'uretère dans les utérus didelphes (Jaboulay) n'a jamais été signalé par les auteurs qui ont traité le sujet de la corne rudimentaire.

Ceci nous amène à étudier la fécondation de cette corne.

B. — MECANISME DE LA FECONDATION

Nous n'envisageons pas ce mécanisme dans le cas de corne rudimentaire communiquant avec la cavité utérine. Il s'agit là d'un phénomène absolument normal.

Par contre lorsqu'il s'agit d'un pédicule physiologiquement imperméable on doit admettre la théorie de la supermigration externe (Kussmaul, Schröder, Rokitansky).

La pièce opératoire due à l'obligeance de M. le docteur Boppe en est une preuve à l'appui.

OBSERVATION I

de M. le Docteur BOPPE

M^{me} Craissal (34 ans).

Entre à l'Hôpital dans la soirée du 1^{er} août 1927 pour vives douleurs abdominales apparues subitement dans la nuit du 31 juillet au 1^{er} août.

Ces douleurs étaient généralisées à tout l'abdomen, accompagnées de vomissements alimentaires et glaireux.

La malade ayant voulu se lever de son lit tomba et perdit connaissance. Cet état dura toute la nuit du 31 au 1^{er} et toute la journée d'hier.

La malade est allée à la selle le 1^{er} août.

Elle n'a eu aucune perte vaginale.

Un médecin consulté fait appeler le Docteur Boppe qui conseille l'entrée à l'hôpital.

ANTÉCÉDENTS. — La malade a eu ses dernières règles normales le 10 avril et se croit enceinte de 3 mois et demi environ.

Jusqu'au 31 juillet sa grossesse s'est passée normalement ; les troubles sympathiques étant cependant plus accusés que normalement.

La malade a déjà été enceinte en 1926 ; elle a eu une petite fille, à terme, bien portante. Lors de cette première grossesse, la malade fut mise en observation, l'accoucheur consulté ayant craint, dit la malade, une grossesse extra-utérine, ayant pensé ensuite à un kyste de l'ovaire. Pas de fausses couches.

Le 2 août la malade se sent mieux. Les douleurs sont moins vives et moins généralisées.

La température est à 37°.

Le pouls à 90.

A l'examen le ventre est ballonné — depuis une huitaine de jours la malade avait remarqué que son ventre était anormalement gros — Le ventre est ballonné surtout dans la région sus-ombilicale.

Palpation : ventre douloureux en tous points avec une douleur plus accusée dans le flanc gauche.

Percussion : tympanisme des régions épigastriques, péri-ombilicale et de l'hypocondre ; matité de la région sus-pubienne et iliaque.

Toucher vaginal : Le col regarde en arrière, est ramolli, légèrement entr'ouvert.

L'utérus paraît gros. On sent difficilement le fond utérin, en raison de la contracture, à mi-distance entre l'ombilic et la région pubienne.

Pas de masse dans le cul-de-sac postérieur, mais léger empâtement.

Le toucher est très douloureux.

Le 3 Août on décide d'intervenir.

Cœliotomie sous-ombilicale.

Sang libre dans le ventre au milieu des anses.

Kyste foetal avec fœtus de 3 mois dans son liquide amniotique. Le placenta est presque libre dans le ventre.

Large déchirure de la corne utérine gauche.

La trompe est intacte.

Résection de la corne utérine gauche.

L'utérus est gros et saignant. Suture.

Utérine soignée.

Assèchement du ventre.

Une petite mèche au contact de la suture utérine.

Un petit drain.

L'examen macroscopique de la pièce conservée dans le formol, permet de voir que le pédicule reliant la corne à l'utérus est absolument imperméable.

Ce cas n'est pas unique. D'autres auteurs ont fait également cette constatation :

Signalons les faits de supermigration externe apportés par Kussmäul et Schroeder.

Rokitansky cite un cas de supermigration : dans une grossesse utérine il existait une occlusion complète de la trompe gauche par des fausses membranes. Or, le corps jaune était dans l'ovaire gauche. Il y a donc eu entre l'ovaire gauche et la trompe droite une étape péritonéale que l'ovule a franchie.

Schroeder (loc. cit.) cite Czihak et rapporte une figure (N° 96, page 348) qui représente une corne rompue par un œuf qui s'y était développé. Or, cette corne ne communiquait NULLEMENT avec la cavité utérine. Il faut donc admettre le processus de supermigration externe.

D'autre part cette corne rudimentaire n'est capable de permettre le développement des produits de la fécondation que s'il n'existe pas d'hématométrie.

D'après ce que nous avons pu lire, l'hématométrie est très rare dans la malformation qui nous occupe. Cependant, nombre de ces cornes utérines sont revêtues d'un épithélium qui devrait leur permettre la participation au processus menstruel. Or, en fait, le flux menstruel ne traverserait certainement pas le conduit du pédicule. S'il reflue par l'ostium abdominale, il produirait une hématocele qu'on ne voit signalée nulle part.

Done, nous pouvons affirmer que contrairement à ce qui se passe dans les anomalies utérines plus complexes (utérus didelphe), l'hématométrie de la corne utérine rudimentaire est un fait exceptionnel ; peut-être n'existe-t-elle jamais ; en tout cas, nous n'en connaissons pas d'exemple.

Cette disposition de la corne utérine comporte une conséquence de toute première importante .

La corne rudimentaire est un siège favorable au développement d'une grossesse si l'œuf est venu s'y implanter.

Ce fait justifie encore les tentatives de traitement chirurgical dirigée contre les malformations dont les conséquences sont si dangereuses.

Evolution de la grossesse et complications

Ces chapitres ont été excellemment décrits dans la thèse de Guillaume, inspirée par le Professeur Couvelaire.

Nous n'avons, d'autre part, rien trouvé de nouveau dans la littérature depuis la publication de ce travail (1911).

C'est à cet ouvrage que nous renverrons le lecteur nous contentant de résumer le passage qui traite de la rupture de la corne utérine gravide.

La fréquence de cet accident est de 60 fois sur 145 cas observés, soit 41 %.

Sa date d'apparition est surtout le quatrième ou le cinquième mois.

Sa pathogénie est vraisemblablement analogue à celle qu'a démontré le Professeur Couvelaire (1901) dans la grossesse extra-utérine. Les villosités choriales s'implantent sur l'épithélium de la corne ou à son défaut en plein muscle.

Elles en provoquent donc la rupture et les contractions de la portion musculaire de la corne provoquent

une déchirure large et dnc une hémorragie considérable (souvent mortelle).

Quand la malade survit, la rétention du fœtus mort soit dans la corne, soit dans la cavité péritonéale peut donner lieu à des accidents nécessitant une intervention propre à chaque cas.

C. — TRAITEMENT

Le traitement de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire est en fait celui d'une grossesse extra-utérine. Il doit donc s'inspirer des mêmes principes. Puisque nous n'avons en vue que les cas d'imperméabilité du pédicule, il ne peut y avoir qu'un seul traitement : l'intervention chirurgicale.

Il faudra traiter la corne, la trompe qui communique avec elle, l'utérus et les ovaires. Jusque vers 1900 les auteurs conseillaient l'hystérectomie, totale ou subtotale. Cette pratique ne nous paraît nullement justifiée.

Nous n'ignorons pas la fréquence des récidives de grossesses extra-utérines dans le côté laissé en place. Ici, le cas ne présente rien de commun. La corne utérine rudimentaire est un organe inutile et dangereux, par contre, nous avons montré la possibilité de grossesse dans l'utérus. Nous posons donc comme une règle la nécessité de pratiquer l'opération conservatrice quand elle est possible. Elle peut donner à la mère l'espoir d'une grossesse ultérieure. Elle ne supprime pas chez une femme jeune l'appareil utéro-annexiel en lui laissant les conséquences d'une castration.

Cette technique nous semble donc absolument incompatible avec la voie vaginale préconisée par certains.

Certes, dans le cas de kyste foetal infecté, quand une collection purulente tombe vers le vagin, la voie basse restera celle du meilleur drainage par l'opération la moins choquante.

Les interventions chirurgicales pour cornes utérines gravidés sont, en pratique, faites dans les premiers mois de la grossesse à la suite d'une complication de celle-ci :

Elles appartiennent à la chirurgie d'urgence de la grossesse extra-utérine et c'est pas incision abdominale sous-ombilicale qu'on devra les traiter.

L'incision de Pfannenstiel très vantée en Allemagne, a donné à Krukenberg un grave mécompte : Il ne put retrouver le foetus et dut réintervenir ultérieurement. D'ailleurs cette incision, vantée pour ses résultats esthétiques, ne convient nullement à la chirurgie des cas où il faut voir clair et aller vite.

Le pédicule qui relie la corne utérine doit être sectionné, puis on fera l'ablation de la trompe. Toute la difficulté réside, comme dans toute opération conservatrice, à reconstituer minutieusement la paroi.

Cette nécessité suppose :

- 1° une hémostase rigoureuse ;
- 2° une bonne suture de la paroi utérine ;
- 3° une parfaite couverture péritonéale.

Pour la réalisation de ces trois temps opératoires, nous manquons et d'expérience personnelle et de comptes-rendus opératoires. Qu'il nous soit néanmoins permis de sug-

gérer des artifices que nous avons trouvés dans la lecture des auteurs.

1° L'HÉMOSTASE.

C'est la grosse question qui a embarrassé les opérateurs. Il faut aveugler des artères énormes disposées en bouquets dont l'anatomie n'est point connue et qui traversent un myomètre gravide. Nous avons vu que les difficultés de l'hémostase ont contraint l'opérateur a des artifices qui ne sont pas satisfaisants :

L'hystérectomie n'est qu'un pis aller ;

Le tamponnement n'est théoriquement pas recommandable.

Nous conseillons, pour pratiquer l'hémostase de trancher le pédicule au bistouri par une section cunéiforme telle que l'ont recommandée Beuttner, Lecène et de Gaudard, d'Allaines dans l'hystérectomie fundique. Pendant cette section, on appréciera peut-être deux moyens d'hémostase temporaire :

I. — La compression du pédicule utérin par les doigts de l'aide ;

II. — Le passage d'une sonde molle serrée autour du pédicule utéro-vaginal.

Ces moyens ont été très vantés par les premiers accoucheurs qui ont pratiqué aseptiquement l'opération césarienne. L'abondance de l'hémorragie les avait fait recourir à ces artifices sur la valeur desquels nous ne sommes pas fixés. D'autre part, les sutures du muscle utérin chargeant les valves de la paroi parachèveront cet hémostase :

2° RÉFECTION DE LA PAROI UTÉRINE.

En plus de l'hémostase qui réalise l'indication urgente des accidents, la suture de la paroi aura encore la mission de fournir une cicatrice solide. Nous espérons, en effet, que l'utérus aura à supporter les efforts du travail et ceci montre que la suture du myomètre devra être très solidé. Le gros cat-gut est recommandé dans l'opération césarienne (Bar) mais avant de suturer le muscle utérin, il aura fallu reconstituer la muqueuse utérine si la section du pédicule a ouvert la cavité.

Dans ces cas, l'expérience a montré qu'il faut faire une suture profonde, étanche et très régulière pour donner à la cavité utérine qui reste le plus de régularité possible. Les cavités qui y seraient annexées n'auraient que trop tendance à favoriser une nidation fâcheuse de l'œuf.

3° COUVERTURE PÉRITONÉALE.

Le revêtement péritonéal a une importance capitale pour les suites opératoires. Comme la section cunéiforme du pédicule doit en faciliter la réalisation, nous insistons encore sur celle-ci. Mais il ne faut pas oublier que le ligament large est grêle et qu'on peut avoir de grosses difficultés pour trouver une étoffe péritonéale convenable. Il nous semble que c'est sur la face antérieure de l'utérus, que le péritoine utéro-vésical est le plus apte à la mobilisation et que c'est à lui que le chirurgien devra s'adresser pour recouvrir les sutures de l'utérus. Il va sans dire que l'initiative de chacun pourra trouver dans chaque cas la technique la mieux adaptée.

CONCLUSIONS

— Une corne utérine rudimentaire ne communiquant pas avec la cavité utérine peut néanmoins être le siège d'une grossesse.

— C'est une forme clinique très grave de la grossesse angulaire, mais elle n'a aucun rapport évolutif avec elle : elle rappelle surtout la grossesse extra utérine.

— La supermigration externe est le seul mécanisme permettant d'expliquer la fécondation dans le cas de corne rudimentaire imperméable.

— L'hématométrie de ces cornes n'existe probablement pas.

— Le traitement doit être chirurgical.

— L'opérateur fera une

INTERVENTION CONSERVATRICE

qui permettra le développement de grossesses ultérieures (I. Observation Alban Doran ; II. Observation Paul Humpstone).

— Le bon résultat de cette intervention conservatrice repose sur :

- 1° une hémostase rigoureuse ;
- 2° une bonne suture de la paroi utérine ;
- 3° une parfaite couverture péritonéale.

Vu le Doyen :

Vu le Président de la thèse :

ROGER.

HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :

CHARLETY.

OBSERVATION I (Alban Doran)

D. P., âgée de 27 ans est amenée au Samaritan Hospital le 7 Septembre 1904, à 1 heure de l'après-midi, ayant présenté une douleur abdominale aiguë et une pâleur marquée.

C'est la femme d'un journalier. Elle est mariée depuis 2 ans et a mis au monde deux enfants ; le plus jeune a 7 mois. Elle n'a pas eu ses règles depuis la naissance du second enfant, sauf une fois il y a trois mois. Elle se croit enceinte.

Dans la soirée du 5 Septembre, elle a une brusque douleur dans l'hypogastre et souffre toute la nuit. Le lendemain matin, elle se trouve mal, souffre toute la journée et, le 7 Septembre, elle croit prudent de consulter à l'hôpital.

A l'examen :

Au milieu de l'abdomen est une masse qui rappelle un utérus gravide de 4 mois. Au toucher vaginal, on sent que la masse se continue avec le col mais la dureté de l'isthme est beaucoup trop marquée. Elle n'a pas perdu de sang depuis 3 jours. On la met en observation. A 5 h. 30, syncope, à 8 h. 30, nouvelle syncope plus grave. On m'appelle à 9 h. parce qu'elle a eu une nouvelle syncope. Pour la première fois, elle perd du sang.

Côté droit de l'abdomen très douloureux, on ne sent plus la masse.

A 9 h. 30, opération sous chloroforme.

Dans la cavité péritonéale il y a beaucoup de sang li-

guide et des caillots récents. On amène une masse qui ressemble à un utérus gravide et qui porte une déchirure large de 4 pouces. Le placenta et les membranes font issue par l'orifice et l'on trouve sous l'épiploon un fœtus de 3 pouces baignant dans l'amnios.

La partie interne du sac est en connexion avec la cavité utérine. Les vaisseaux de l'ovaire droit sont liés dans le ligament infundibulo-pelvien. Quand l'hémorragie est arrêtée, il est possible d'examiner les connexions du sac : il est interne au ligament rond. Sur son pôle externe, s'attache une trompe normale et l'ovaire droit. Le pédicule est transfixé et lié par une soie n° 4.

On note que la trompe et l'ovaire gauche sont normaux.

La cavité péritonéale est lavée avec une solution saline ; on en laisse plusieurs pintes dans l'abdomen. Suture de la paroi.

Suites opératoires. — Légère élévation thermique. Le soir du troisième jour, la malade reçoit un lavement. Dès le deuxième jour elle avait évacué du sang par le vagin et des pertes fétides dans lesquelles il fut impossible de reconnaître un fragment de caduque.

2° Elle a quitté l'hôpital et revu ses règles normalement, puis ELLE REDEVIENT ENCEINTE et entra en travail à terme le 13 septembre 1905. Au cours de sa grossesse, elle eut une rétention d'urine pendant les trois derniers mois. On la sonda au moment du travail qui se termine normalement.

OBSERVATION II (Paul Humpstone)

Il s'agit d'une femme qui a déjà eu une première gestation terminée par un accouchement prématuré au septième mois avec enfant vivant et qui se présenta au quatrième mois de la gestation suivante avec des symptômes d'hémorragie interne qui font faire le diagnostic de gestation ectopique rompue. Après laparatomie on trouve l'abdomen rempli par des caillots sanguins et contenant un fœtus de 17 centimètres de long provenant de la rupture d'une corne rudimentaire gauche. On enlève la corne utérine et les annexes du côté gauche en conservant l'utérus et les annexes du côté droit. La malade guérit elle eut une *nouvelle gestation* L'ANNÉE SUIVANTE. Le ligament large du côté gauche attirant à gauche tout le segment inférieur à cause de son raccourcissement, il y eut présentation du siège sans aucune tendance à l'engagement et il fallut procéder à l'opération césarienne.

BIBLIOGRAPHIE

- ACKERMANN. — **Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg.** — 6 novembre 1900.
- AUVRAY. — **Grossesse ectopique dans un moignon de trompe incomplètement extirpée.** (La gynécologie 1923, p. 341).
- BAR. — **Tome II.** 1907. p. 405.
- BAZTERRICA. — **Semana médica Buenos-Ayres.** 1903. (tome X. page 477).
- BECKMANN. — **Zeitschrift für geburthilfe und gynaekologie.** Band XXXV.
- BLOCH et MIRAILLE. — **Grossesse anguleuse rompue avec présentation de pièces.** Bulletin et mémoires de la Société anatomique de Paris (28 Juin 1924. n° 6. page 383 et 384).
- CHÉRIN. — **De l'utérus didelphe considéré principalement dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement.**
- COUVELAIRE. — **Etude anatomique sur les grossesses tubaires.** Thèse Paris 1901.
- DORAN ABBAN. — **Coronal gestation ruptured. Pregancy after operation.** (Journal of Obstetric and gynaecologie of the British Empire, June 1906).
- EYMER H. — **Heidelberg über Schwangerschofft und geburt nach uterus resection.** *Zentralblatt für gynaecologie.* (T. XLV. n° 3 Janvier 1921. p. 102-104).
- LE FORT. — **Thèse de concours** 1863.
- GRESSET et THOUVENIN. — **Bulletins et mémoires de la société anatomique.** Paris séances de mars 1921.
- GUILLEMET et MICHON. — **Etude clinique et thérapeutique des utérus doubles.** Gynécologie et obstétrique seph. 1924.

- GUILLAUME. — **Thèse de Paris 1911.**
- GARRIGA ROCCA. — **Contribucionall'estudio de la pathogenia del embarazo ectopico**, Tipographie Cuesta, Valladolid.
- HUMPSTONE (Paul). — **Pregnancy un a rudimentary horu of the uterus** (Surgery gynecology and obstetric novembre 1920, page 501).
- KUSMAUL. — **Von der Wangel der gebar mutter**. Wurzburg 185ⁿ.
- MICHEL et DUROCH. — **Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy**, Comptes-rendus dans Bulletin de la société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris n° 1 page 38.
- PIQUAND. — **Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale** 1910, page 456.
- POTOCKI. — **Rétention fœtale à terme dans une corne utérine rudimentaire**. Bulletin société d'obstétrique et de gynécologie de Paris 1921, n° 8 p. 565.
- PETROVSKAIA (Olga). — **Thèse de Paris 1909.**
- RIBEMONT DESSAIGNES. — **Traité d'obstétrique-masson** 1923. (p. 1034 à 1036).
- REMY. — **Société d'obstetrique et de gynécologie de Nancy**, 27 mai 1921.
- ROKITANSKY. — **Allgemeine Wiener Medezine Zeitung** 1860. n° 20.
- SCHROEDER — **Traduction du Dr. Charpentier**. (Masson) 1875. p. 348.
- TUSSENBRACK (Catherine Van). — **Un cas de grossesse ovarienne**. Extrait des annales de gynécologie et d'obstétrique. Decembre 1859.
- VANDESCAL. — **Thèse de Paris 1919.**
- WARN. — **Thèse de Paris 1899. Grossesse développée dans une corne utérine et tubo-utérine avant le 5^e mois.**

12

CHAPITRE PREMIER — ÉPILOGUE

CHAPITRE II — ÉPILOGUE

CHAPITRE III — ÉPILOGUE

CHAPITRE IV — ÉPILOGUE

CHAPITRE V — ÉPILOGUE

CHAPITRE VI — ÉPILOGUE

CHAPITRE VII — ÉPILOGUE

CHAPITRE VIII — ÉPILOGUE

CHAPITRE IX — ÉPILOGUE

CHAPITRE X — ÉPILOGUE

CHAPITRE XI — ÉPILOGUE

CHAPITRE XII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XIII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XIV — ÉPILOGUE

CHAPITRE XV — ÉPILOGUE

CHAPITRE XVI — ÉPILOGUE

CHAPITRE XVII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XVIII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XIX — ÉPILOGUE

CHAPITRE XX — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXI — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXIII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXIV — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXV — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXVI — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXVII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXVIII — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXIX — ÉPILOGUE

CHAPITRE XXX — ÉPILOGUE

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et C^{ie}, Éditeurs, rue Racine, 15, Paris. — I. M. L.
